

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Joseph André DAOULAS

Né à Quimper, le 4 février 1888
Médecin Aide-Major de 1^{re} classe (réserve)

LA MÉDECINE DE BATAILLON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU RÔLE DU MÉDECIN DE BATAILLON D'INFANTERIE

PENDANT LA GUERRE 1914-1918

Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER

ASSESEUR: G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	N. WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements	LEGUEU BAR COUVELAIRE
Clinique gynécologique	RIEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	N. ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCOQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES

Stage et externat 1907-1912

A MES CHEFS ET A MES CAMARADES
DES ARMÉES (1912-1919)

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous fit le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Hommage respectueux.*

LA MÉDECINE DE BATAILLON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU RÔLE DU MÉDECIN DE BATAILLON D'INFANTERIE
PENDANT LA GUERRE 1914-1918

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous devons nous excuser auprès de nos maîtres et de nos amis de leur présenter ce travail encore incomplet, bien que portant sur un sujet déjà plusieurs fois traité.

Nous l'avons écrit à la période la plus agitée de la guerre, de juillet à novembre 1918, n'ayant comme aide que les conseils de nos camarades et de nos chefs, leurs souvenirs et les nôtres.

Depuis, il nous a été donné de venir nous retremper pendant quelques semaines dans le sein de nos hôpitaux et de nos écoles, et c'est ainsi qu'à notre arrivée à Paris nous avons pu constater que trois de nos camarades avaient eu également cette idée de traiter du rôle du Médecin d'infanterie ou de bataillon.

Nous avons néanmoins persisté dans notre projet parce que, depuis l'armistice, il est possible de tirer des conclusions plus précises de tous les faits que

nous avons observés pendant la durée de la campagne.

Ce sera donc une observation de plus à ajouter à la liste de celles déjà parues à ce sujet. Ce sera, en outre, un nouvel hommage rendu à la mémoire de ceux de nos camarades qui ont succombé à cette tâche glorieuse. Ce sera enfin un autre témoignage de reconnaissance adressé à tous ceux, professeurs, hommes politiques, écrivains, officiers, qui pendant la guerre, se sont intéressés à la vie des médecins auxiliaires et aides-majors, et à tous ceux, brancardiers et infirmiers qui les ont aidés dans leur tâche.

Qu'on veuille bien aussi nous pardonner la forme administrative d'instruction ou de circulaire que nous emprunterons quelquefois aux souvenirs de notre vie militaire qui date de plus de soixante-dix-huit mois, car c'est aussi à ce titre d'ancien soldat que nous nous permettons de traiter un sujet militaire dans lequel il sera souvent question de la vie de l'étudiant en médecine, médecin de complément.

Au cours de cette longue période passée sous les drapeaux nous avons vu le service militaire du temps de paix dans l'infanterie. Pendant la campagne nous avons suivi notre destinée dans les différentes armes combattantes (infanterie, artillerie, cavalerie), dans un G. B. D., puis enfin dans une ambulance divisionnaire. Bien que le but poursuivi dans ces différentes formations ait toujours été le même : celui d'entretenir les hommes en bonne santé, de soulager les souffrances des blessés et des malades et de les

guérir, il n'en est pas moins exact que si le rôle de l'officier a dû s'exercer dans toutes les circonstances, le rôle du médecin n'a pu être dans certains cas qu'extrêmement réduit ; son devoir étant d'évacuer tous ceux qu'il ne pouvait traiter sur place.

Le fond de ce travail traitera surtout du rôle du médecin de bataillon tel qu'il a été pendant la guerre, tel que nous l'avons vu remplir, tel que nous l'avons rempli. Nous n'avons nullement l'intention d'indiquer cette marche à suivre comme étant la meilleure, elle nous a donné de bons résultats, parce que la bonne entente n'a pas cessé de régner entre les médecins et les autres officiers dans les régiments auxquels nous avons été affecté.

Nous nous permettons aussi de passer rapidement sur ce qui a été fait pendant la guerre pour entretenir et compléter l'instruction des médecins de corps de troupe et pour en combler les lacunes.

En temps de paix comme en temps de guerre, cette question d'instruction nous intéressera toujours parce que nous en avons tous plus ou moins souffert et qu'il faudrait si possible éviter ces maux à ceux qui viendront après nous.

Nous manquerions enfin à tous nos devoirs si nous terminions cet avant-propos sans avoir exprimé à nos maîtres de Paris et de Nantes toute notre respectueuse reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous ont toujours prodigué avec tant de bienveillance et de dévouement.

Les circonstances militaires ne nous ont pas per-

mis de suivre leurs leçons aussi longtemps que nous l'aurions désiré, et de terminer nos études en traitant un sujet qui soit plus en rapport avec les matières qui y ont été traitées ; notre éloignement ne saurait durer indéfiniment et c'est en toute simplicité qu'il nous faudra souvent recourir à leurs conseils et à leurs ouvrages pour rester digne de la confiance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Que nos chefs et nos camarades des armées trouvent également ici l'expression de notre meilleur souvenir ; que nos remerciements aillent à ceux qui, par leurs conseils et leurs idées, ont contribué à l'élaboration de ce modeste travail et nous ont aidé dans son exécution.

PRÉLIMINAIRES

Le service de la mobilisation prévoyait pour l'infanterie un Service de santé tel qu'on le trouvera décrit succinctement dans notre premier chapitre. Pendant la durée du service militaire et aux termes du règlement, les étudiants et les médecins auxiliaires devaient recevoir des médecins chefs de corps de troupe une instruction qui correspondait au rôle qu'auraient eu à jouer en temps de guerre les médecins de complément.

Cette instruction était commencée avant l'entrée au régiment. Souvent dans la plupart des corps d'armée, l'étudiant en médecine ne partait au service militaire qu'après avoir pris au moins sa douzième inscription et avoir passé l'examen de médecin auxiliaire, deux formalités qui lui permettaient d'accomplir sa deuxième année de service dans cette dernière fonction.

La préparation à cet examen se faisait par conférences dans lesquelles il était traité du service intérieur et du service en campagne.

Pour le service intérieur il était surtout question du rôle du médecin à l'infirmerie, de ses fonctions

administratives et de ses rapports avec le commandement.

Pour le service en campagne du rôle : du médecin pendant les marches, les bivouacs, le combat ; des nids de blessés, des évacuations, des différentes formations sanitaires et de toutes les questions d'hygiène se rapportant à la vie du soldat à ces différents moments.

A la caserne l'étudiant faisait d'abord ses classes et prenait part à tous les exercices. Suivant les idées de son chef de corps et les désirs ou les besoins du médecin-chef de service la durée de cette première période de vie militaire variait de quelques semaines à six mois au bout desquels il était affecté à l'infirmerie.

C'est là que se faisait son instruction de médecin militaire proprement dite et qu'il était mis au courant de tous les rouages administratifs du Service de santé, ainsi que de toute cette technique un peu spéciale du pansement d'urgence des blessures de guerre, du matériel dont on pouvait disposer, de la manœuvre du brancard..., etc.

Pendant les marches et les manœuvres il était mis au courant de ses fonctions et c'est ainsi qu'à la mobilisation il devait se trouver prêt à remplir le rôle qui allait lui être assigné.

Néanmoins, ceux qui avaient pris part (même parmi les anciens médecins de réserve) à des manœuvres du Service de santé étaient relativement rares et si le médecin de bataillon avait quelquefois

entendu parler de groupes de brancardiers divisionnaires il n'avait jamais été en rapport avec eux.

De plus dans tous les règlements et dans toutes les manœuvres on avait prévu l'avance des troupes et jamais il n'avait été question de retraite ou de recul. Le Service de santé régimentaire s'est trouvé de ce fait un peu désorganisé au début de la campagne ainsi qu'en font foi les travaux de nos camarades qui ont jusqu'à présent traité du rôle du médecin de bataillon pendant la guerre de mouvement.

A ce moment et au début de la guerre de tranchée le rôle du médecin de régiment a donc été celui d'un organisateur : organisateur dans la retraite, organisateur dans la guerre de position.

Tout ce qui avait été prévu et enseigné du temps de paix n'a pas été malgré tout sans utilité. Le matériel était suffisant à condition que le réapprovisionnement se fasse bien et que les évacuations se fassent normalement. Pendant les marches d'approche du début, pendant les périodes de repos, pendant les grands déplacements et depuis l'occupation de la rive gauche du Rhin les principes acquis en temps de paix ont trouvé leur application.

La guerre de mouvement de 1918, déclanchée à la deuxième victoire de la Marne en juillet, a marqué la période de transition entre la fin de la guerre de position et la guerre de mouvement proprement dite, avec cette particularité que l'avance se faisait après des préparations d'artillerie et des moyens insoupçonnés avant 1914.

C'est du rôle du médecin de bataillon à cette période un peu particulière de la guerre que nous avons traité dans notre chapitre sur la guerre de mouvement.

Enfin la grosse surprise au point de vue médical a été pendant cette guerre l'emploi des gaz toxiques.

A chaque nouveau gaz c'était aussi un nouveau problème qui se posait au médecin de bataillon, puisque c'était lui qui voyait les premiers intoxiqués.

Pour le chlore, il n'y avait presque aucun doute, il y avait l'odeur et aussi des signes immédiats d'intoxication, de même pour les gaz lacrymogènes. La question est devenue tout autre du jour où les Allemands ont envoyé leurs gaz suffocants du type Palite et quand vinrent ensuite les vésicants et les sternutatoires (Ypérite et Arsine), puis des mélanges de tous ces gaz.

Nous avons été rapidement instruits à ce sujet, puis la « thérapeutique de l'intoxication par les gaz » de M. Achard, nous a permis d'apporter aux blessés tous les soulagements immédiats qu'il était possible de leur donner.

La question de protection des gaz a donc été entièrement créée pendant la guerre et pendant longtemps le Service de santé a été chargé de son application.

Cet aperçu rapide montre donc que le médecin de bataillon s'est trouvé malgré son instruction technique et militaire en face de nombreuses éventualités nullement prévues. C'est au milieu de toutes ces

difficultés que nous allons le suivre en laissant de côté la période du début de la campagne qui a déjà été décrite plusieurs fois.

La question de la région de recrutement à laquelle appartenaient les hommes a eu à un moment donné toute sa valeur quand il s'agissait de juger un régiment dans son ensemble au point de vue sanitaire. Celle-ci n'existe plus depuis que les régiments reçoivent des renforts de tous les points du territoire indépendamment de leur région d'origine (exception faite pour les régiments étrangers). Il ne sera donc question ici que de ce qui s'est passé en général dans les régiments d'infanterie.

CHAPITRE PREMIER

Le Service de santé du bataillon d'infanterie

Un bataillon d'infanterie comprenait en 1918 trois compagnies à l'effectif de 175 hommes et une compagnie de mitrailleurs à effectif un peu réduit, soit au total un effectif normal de 500 hommes environ.

Le service médical y était assuré par un médecin aide-major et un médecin auxiliaire disposant du personnel ci-après :

- 1° Quatre infirmiers, dont un caporal ;
- 2° Seize brancardiers et un caporal brancardier ;
- 3° Un cycliste, agent de liaison ;
- 4° Dans certaines unités seulement, une équipe sanitaire chargée plus spécialement des travaux d'hygiène et comprenant quatre hommes dont un caporal.

Ce personnel relevait immédiatement d'un médecin-chef de régiment, mais presque toujours le bataillon fonctionnait comme unité isolée, le rôle du médecin-chef étant surtout administratif : contrôle, ravitaillement en médicaments et en objets de pansements, instruction technique du personnel.

Le matériel mis à la disposition du médecin de bataillon comprenait :

Un matériel lourd (paniers médicaux et chirurgicaux, gouttières, attelles, tonnelet d'eau, etc.) contenu dans la voiture médicale de bataillon (modèle 1888).

Un matériel léger portable, sacs et trousses d'infirmiers, musettes et bidons de brancardiers.

Ce matériel était amplement suffisant, il permettait de parer à presque toutes les éventualités et à toutes les urgences.

Du reste, les réserves de matériel sanitaire fournissaient en général sur la demande des médecins-chefs des régiments tous les médicaments usuels et commodes non portés sur la nomenclature du matériel.

.
Le personnel médical du bataillon a évolué depuis le début de la guerre, il était encore en voie de transformation au moment de l'armistice.

Au commencement des hostilités le médecin aide major était presque toujours un médecin de réserve, docteur en médecine, le médecin auxiliaire était un étudiant en médecine de 12 à 16 inscriptions ou même un docteur en médecine n'ayant pas rempli en temps de paix les obligations nécessaires pour obtenir le galon d'officier (demande pour passer officier de réserve, périodes d'instruction, etc...).

A la fin des hostilités, les médecins aides-majors étaient presque tous de jeunes docteurs ou des étu-

dians de 10 à 16 inscriptions ayant commencé leurs études antérieurement à la mobilisation. Les médecins auxiliaires et sous-aides-majors étaient de jeunes étudiants en médecine ayant souvent commencé leurs études pendant la guerre, ils étaient titulaires de 4 à 10 inscriptions.

Les infirmiers étaient recrutés de préférence parmi les infirmiers de profession (ce qui était très rare), parmi les anciens infirmiers de régiment ou enfin parmi les hommes qui par leur instruction et leur profession paraissaient le plus aptes à remplir ces fonctions.

Les brancardiers devaient être prélevés dans les compagnies parmi les meilleurs soldats, les plus forts, on leur demandait en général de savoir au moins lire et écrire.

L'instruction du personnel infirmier et brancardier se faisait à l'occasion du service et au cours de certaines séances spéciales d'instruction au repos. Les infirmiers en suivant la visite du matin : mode d'administration des médicaments, technique de la stérilisation des objets de pansement, application des différents pansements et bandages, légères interventions de petite chirurgie, pose de ventouses, etc.

Pour les brancardiers l'instruction pouvait se faire l'après-midi : manœuvre du brancard, premiers soins à donner aux blessés, traitement de la syncope, des hémorragies, etc.

Pour les hommes des équipes sanitaires, notions générales d'hygiène, désinfection des feuillées, ense-

velissement des morts, incinération des ordures, etc.

Les infirmiers qui sont les auxiliaires les plus rapprochés des médecins bénéficiaient de toutes ces instructions données par les médecins de bataillon.

Depuis que les gaz étaient devenus une arme de guerre, l'instruction du personnel du Service de santé tout entier avait dû être poussée dans ce sens et suivant l'importance de leur fonction, médecins, infirmiers et brancardiers furent mis au courant au jour le jour de la tâche nouvelle qui leur incombait.

.

Quant au personnel médical de bataillon et en dépit du gros effort qui fut fait, son instruction purement professionnelle laissa fortement à désirer. Ceux de nos camarades qui eurent la chance d'être désignés pour suivre les cours d'armée en revinrent trop vite un peu désappointés.

C'est qu'à la guerre on oublie vite ; le milieu et les émotions fortes ne prédisposaient guère au travail et les quelques publications périodiques que nous recevions, les circulaires que nous émargions ne suffisaient plus à combler tout le vide laissé en notre esprit par les longues nuits de relève et les bombardements intenses.

Nous aurions eu tout à gagner si l'on avait créé dans certains secteurs calmes des cours de clinique ou de pathologie auxquels nous aurions pu assister dans un hôpital rapproché, une ou plusieurs fois par semaine.

Nous aurions pu de la même façon bénéficier de

l'enseignement de certains spécialistes et éviter par la suite l'indisponibilité des hommes que nous envoyions souvent pour peu de chose dans des centres éloignés.

Rien n'a été organisé dans ce sens.

Ceux d'entre nous qui pouvaient accompagner ou suivre leurs malades dans les hôpitaux pendant les périodes de calme, ceux qui pouvaient assister aux consultations des spécialistes ont compris qu'ils ne pouvaient guère demander aux chefs de ces services autre chose qu'un renseignement qui leur était du reste donné très volontiers.

Sans doute aussi dans certaines divisions, les médecins divisionnaires donnèrent-ils des ordres aux médecins-chefs des régiments pour que chacun d'eux passât au moins une fois par semaine au repos la visite de ses bataillons et en profitât pour examiner les malades avec leurs jeunes camarades en les faisant profiter de leur expérience. Malheureusement, là encore il était difficile d'organiser quelque chose d'une façon suivie à cause des déplacements des unités, des exercices nécessitant la présence de l'un ou l'autre des médecins et des permissions de détente enfin.

Et puis aussi un excellent praticien possédant les plus grandes qualités professionnelles peut fort bien ne pas être doué par ailleurs de la faculté de l'enseignement.

Un médecin de bataillon revoyait rarement ses malades et ses blessés, il y avait impossibilité maté-

rielle et administrative à ce qu'il reçût officiellement de leurs nouvelles et son rôle se trouvait trop souvent borné à celui d'un triage grossier dans lequel il lui fallait distinguer un homme pouvant marcher d'un homme ne pouvant pas marcher.

CHAPITRE II

Le Service de santé du bataillon pendant la marche et au cantonnement de repos. — Infirmerie de bataillon en 1918.

Pendant un déplacement, le Service de santé du bataillon se tenait en arrière de ses troupes (à la gauche de son unité), les brancardiers précédés du caporal, puis les infirmiers suivis des médecins. Quelquefois, lorsque le bataillon ne devait pas cantonner groupé dans le même pays, les brancardiers étaient répartis à l'avance dans les compagnies.

Au cours de la marche, il était rare que le médecin eût à intervenir. Toutes les prescriptions habituelles étaient prises par le commandement contre la chaleur, contre les intempéries. Si cependant le grand nombre des trainards ou la fatigue excessive des hommes l'exigeaient, le médecin de bataillon pouvait demander à son commandant qu'il soit fait des haltes plus fréquentes ou même que la marche soit arrêtée. Cette éventualité ne se présentait presque jamais.

Les éclopés, les fatigués étaient suivant les circonstances placés dans une grande voiture pour blessés

(détachée au début de la guerre d'un groupe de brancardiers, mais appartenant par la suite au matériel de régiment), soit déchargés de leurs sacs qui pouvaient être mis dans des voitures de compagnie ou des voitures de réquisition.

Les brancardiers portaient le sac, les infirmiers marchaient le plus souvent en tenue allégée et sans sac. Le sac d'infirmier qu'ils auraient dû porter en déplacement était lourd, sa rigidité gênante et on en dispensait autant que possible ceux qui étaient chargés d'accompagner ou de suivre les éclopés jusqu'aux voitures.

Il arrivait, les circonstances l'exigeant, qu'aucune voiture ne pouvait recevoir le sac des éclopés ou les éclopés eux-mêmes. Dans ce cas un infirmier était toujours laissé avec eux et le détachement composant l'arrière-garde de bataillon, ramenait lentement au cantonnement tous les hommes fatigués.

En principe, un homme ne pouvait être déchargé de son sac ou laissé en arrière qu'après l'autorisation du médecin qui délivrait un billet d'exemption après avoir constaté les signes habituels de la fatigue ou d'autres accidents : coliques, excoriations... etc., que l'on rencontrait chez les fantassins en marche.

Avant la marche un détachement spécial, un campement partait pour préparer le cantonnement. En général et conformément au règlement, un médecin auxiliaire l'accompagnait suivi d'un brancardier et d'un infirmier. Son rôle était de rechercher au pays si l'eau était potable et s'il y existait ou s'il n'y avait

pas existé depuis un délai plus ou moins éloigné, de maladie contagieuse ou épidémique, que ce pays fût ou non habité par la population civile.

Le médecin auxiliaire recherchait en outre avec l'officier de campement un local pouvant convenir à l'installation d'une infirmerie de bataillon.

En principe, ce local aurait dû être placé dans une maison inhabitée et propre comprenant plusieurs pièces dans lesquelles il aurait été possible de passer la visite, de faire les pansements, de garder quelques malades en observation et de pouvoir les coucher sur des couchettes improvisées, de loger le personnel, etc... Soit en tout quatre ou cinq pièces spacieuses et bien aérées.

Il n'était malheureusement guère possible de trouver ce confortable que dans l'arrière inhabité de certains secteurs assez calmes. Le plus souvent, la salle de visite tenait lieu de toute infirmerie et il était impossible d'y traiter sérieusement un malade, d'y isoler un contagieux probable.

Si le régiment ne devait pas stationner au cantonnement plus de vingt-quatre heures par exemple, la visite médicale se passait une à deux heures après l'arrivée ; le matériel en médicaments et en pansements existait en quantité suffisante dans le sac d'infirmier du bataillon et dans de petites trousse individuelles (cartouchières généralement) que les infirmiers se confectionnaient eux-mêmes pour la plus grande commodité du service. L'heure de la visite était prévue pour qu'en aucun cas les ma-

lades ne fussent dérangés aux heures de la soupe.

La liaison était assurée avec le médecin-chef du régiment par un cycliste qui lui portait un compte rendu d'installation et d'hygiène du cantonnement, le rapport journalier habituel et la liste des malades à évacuer. Ceux-ci partaient suivant les cas par une voiture fournie par le corps ou par une automobile de la section sanitaire divisionnaire.

Les hommes étaient traités puis mis suivant leur état : soit exempts de sac pour la marche du lendemain, soit exempts de marche et transportés comme il a été dit plus haut.

Si toutefois le nombre des éclopés était trop grand au cours d'un déplacement prolongé par voie de terre, le médecin-chef du régiment pouvait, par l'intermédiaire du commandement, obtenir de l'armée, des voitures de transport de personnel ou de matériel qui conduisaient au cantonnement définitif les malades ou les blessés légers récupérables en peu de jours. Les voitures automobiles de la section sanitaire détachée à la division ne devaient servir qu'à l'évacuation des malades ou blessés à diriger sur des hôpitaux d'évacuation ou de traitement. Le médecin divisionnaire réglait ces évacuations et disposait seul de ces voitures suivant les besoins des corps de troupe.

Si le régiment était au repos ou à l'instruction, le médecin aide-major devait s'employer de toutes ses forces à trouver un local convenable et à l'aménager en infirmerie. Le matériel ne manquait pas dans ces

cantonnements de l'arrière et il était bien rare qu'un infirmier ou qu'un brancardier ne fût pas à même d'accomplir les petits travaux de menuiserie indispensables à la réfection des locaux.

La vie des hommes se rapprochait alors de ce qu'elle était dans une garnison en temps de paix et la visite médicale était analogue à tout point de vue à celle qui se passait à la caserne.

Le médecin de bataillon recevait en général le contre-coup de tous les incidents de la vie journalière du troupier dans son unité. L'annonce d'une marche, d'un exercice un peu plus pénible suffisait à faire augmenter, dans des proportions notables, le nombre des hommes qui se présentaient à la visite. Et puis il faut bien reconnaître que certains commandants de petites unités avaient trop de tendance à dégager leur responsabilité en envoyant au médecin des hommes avec lesquels ils vivaient journellement et qu'ils connaissaient mieux que lui.

La visite médicale dans un corps de troupe à certainement toujours été une opération des plus délicate et cependant pour comprendre tout ce qu'on en a dit, il faut avoir vu ce que l'on y fait et avoir entendu tout ce que l'on y entend. On conçoit que de telles scènes aient pu servir à souhait l'inspiration de certains auteurs gais.

L'examen du malade y était le plus habituellement rapide et les indications fournies par le thermomètre étaient celles dont il était tenu le plus exactement compte. En cas de doute et devant l'insistance de

certains hommes les renseignements portant sur leurs antécédents militaires, donnés par leurs chefs directs, pouvaient rendre les plus grands services. L'impossibilité de suivre un malade pendant plusieurs jours obligeait à son évacuation avec un diagnostic probable ou très approximatif.

Quinze jours, deux mois après, il rejoignait son unité ou une autre ; matériellement il était impossible de savoir dans quelles conditions s'était déroulée l'affection dont cet homme était atteint.

Au cours de plus de six années de médecine de régiment, il nous a été difficile de recueillir plus d'une dizaine d'observations à peu près complètes de malades soignés et évacués par nos soins et cela malgré notre meilleure volonté.

Il s'agissait en somme et toujours de faire un triage grossier entre les vrais malades et les faux, entre les hommes fatigués et les paresseux et pour cela que l'autorité du médecin soit doublée de celle de l'officier soucieux du respect de la discipline et de la conservation des effectifs.

Les brancardiers et les hommes appartenant aux équipes sanitaires assuraient sous la responsabilité du médecin les travaux d'hygiène du cantonnement : Douches, désinfection des effets ; stérilisation des eaux de boisson, par javellisation en général ; installation et désinfection des feuillées, mise en usage du four crématoire, enlèvement des fumiers et des ordures ménagères... etc.

C'est à ces périodes de repos que s'effectuaient

surtout pendant les premières années de la guerre les séances d'épouillage et de désinfection des effets des hommes. Les médecins devaient à cette époque rivaliser d'ingéniosité pour trouver des moyens propres à soulager les troupiers, pour leur installer des douches et détruire la vermine de leurs vêtements, par le soufre, l'eau bouillante, la vapeur ou même le fer à repasser. Il nous a semblé aussi que les gaz toxiques avaient pu dans une certaine mesure agir efficacement sur les lentes et leur développement parce qu'ils imprégnaient les effets ; mais il faut dire qu'au moment ou fut généralisé l'emploi des gaz les secteurs étaient organisés, que les périodes de repos des troupes étaient à peu près régulières et qu'il était dès lors possible aux hommes de se nettoyer et de laver leur linge.

Les vaccinations et revaccinations anti-typhoïdiques se faisaient également en principe au repos bien que souvent dans l'intérêt de la collectivité il ait été nécessaire de les poursuivre en secteur. Nous avons employé à tour de rôle tous les vaccins de M. le professeur Vincent, expliquant à chaque fois aux hommes la nécessité de les revacciner et ne trouvant pas chez eux trop de mauvaise volonté pour se soumettre à cette petite opération. Ce fut d'abord le vaccin anti-typhoïdique à 4 injections, puis l'antipara A + B à 3 injections, enfin plus tard pour les revaccinations ou vaccinations des recrues les vaccins polyvalents T. A. B. chauffés ou à l'éther. Le lipo-vaccin n'a pas été employé dans les troupes

de notre armée. L'entéro-vaccin a été distribué au début de la guerre à certaines formations, on le donnait à ceux chez lesquels le vaccin injectable était contre-indiqué. Son emploi ne s'est pas généralisé.

Un homme ayant fait toute la campagne a donc reçu huit ou neuf injections au moins. Pour notre part nous avons dû en pratiquer près de 20.000 et jamais nous n'avons eu d'accident sérieux à enregistrer.

Cependant un bien petit nombre de livrets, avec fiches de vaccination, se trouvaient en règle (nous pensons que c'était la minorité dans l'infanterie) et cela n'était pas le moindre de nos soucis, au repos, que de pratiquer consciencieusement ces vaccinations quand les renseignements sur les vaccinations antérieures manquaient ou étaient incomplets. La fiche médicale qui existait pour tous les hommes en temps de paix n'aurait pas dû être supprimée en temps de guerre et faire partie inhérente du livret matricule des hommes. Le modèle des fiches de vaccination variait suivant les régions, les corps d'armée ou les divisions, beaucoup étaient tirées à la pâte à polycopier, elles étaient fragiles et malgré la bonne volonté mise par chacun il est certain que des hommes ont été revaccinés à tort et plus souvent qu'ils auraient dû l'être. Les fiches de vaccination rouges (A + B), vertes (T. A. B. à l'éther), jaunes (T. A. B. chauffé) n'ont pas été répandues dans les corps de troupe en quantité correspondant aux doses de nouveau vaccin délivré.

C'est effectivement le carnet médical individuel prévu pour des classes à venir qui nous aurait rendu le plus grand service.

Le médecin devait en outre profiter de ces périodes de repos ou d'instruction pour examiner et suivre les hommes fatigués et douteux et son attention devait se porter sur les hommes venus en renfort des centres d'instruction divisionnaires (C. I. D.)

En principe, ces C. I. D. recevaient de l'intérieur des renforts composés de jeunes classes et de récupérés parmi les anciens ajournés, les blessés et les malades antérieurement évacués. C'est sur cette dernière catégorie d'hommes que nous voulons insister, car c'étaient eux qui donnaient au médecin de bataillon les plus gros soucis.

Le rôle moral des médecins de C. I. D. devait donc encore s'exercer d'une façon plus active que celui des médecins de bataillon ; s'inspirant des principes d'humanité que nous n'avons cessé d'appliquer et aussi dans bien des cas de sentiments plus élevés de patriotisme recherchant toujours à rendre à l'armée le maximum d'hommes sains et disponibles pour la défense du pays.

Parfois, et c'était la grande majorité des cas, ces soldats revenaient guéris à leur ancien corps ; quelquefois ils l'étaient imparfaitement ; chez certains c'était le moral qui était atteint et ces troupiers qui avaient déjà tellement souffert essayaient par tous les moyens possibles de ne pas répondre au nouvel effort qui leur était une fois de plus demandé. Le

médecin était pour eux le seul sauveur possible, aussi assistait-t-on chez ces hommes pourvus quelquefois de nombreux certificats de visite et de contre-visite à toutes sortes de manifestations de maladies provoquées ou simulées. Des vénériens conservaient pour ce moment un accident qui nécessitait leur évacuation, des cardiaques savaient par des moyens variables se présenter au médecin dans un état tel que celui-ci ne pouvait qu'observer les affections les plus déconcertantes.

Or, nous l'avons déjà dit, à l'infirmerie de bataillon, toute observation prolongée d'un malade dans toutes les conditions sérieuses requises était à peu près impossible ; c'est donc avec une grande satisfaction que le médecin recevait, malheureusement trop tard quelquefois, un certificat émanant d'un des centres spéciaux d'observation et levant tous ses doutes au sujet de l'affection intéressant son malade. Mais n'importe comment et malgré les précautions prises par le médecin, il y avait toujours au dernier moment, celui du départ pour les lignes, une infime minorité de malheureux avec lesquels il fallait agir non plus en médecin mais en gendarme.

C'est seulement dans le maigre confortable de ces cantonnements de repos qu'il était cependant donné au médecin de bataillon de faire de la vraie et utile médecine, sinon au point de vue particulier tout au moins au point de vue social.

Dans la plupart des armées on avait en effet com-

pris qu'il était inutile de faire aux hommes des conférences auxquelles ils assistaient par ordre, sans goût, n'y voyant que quelques minutes de corvées ou d'exercice en moins. Ils en sortaient le plus souvent nullement convaincus parce qu'ils n'avaient rien écouté. Nous avons reçu des ordres pour agir en conséquence. En voici la substance :

Il sera traité d'hygiène au cours des visites du cantonnement, inspection des cuisines, des dépôts de déchets et ordures journalières, des feuillées, des fours crématoires.

Cette inspection doit être journalière car il faut dire et redire souvent les mêmes choses aux hommes pour les convaincre de l'utilité des bonnes habitudes que l'on veut leur inculquer et leur démontrer que la chaux et le crésyl que se contentent de demander leurs commandants d'unités doivent être employés sciemment et non pas pour la forme.

On insistera sur l'hygiène corporelle pendant les douches desquelles on profitera pour passer les visites de santé et c'est dans des conversations particulières qui frapperont beaucoup plus l'esprit des hommes que des conférences que l'on insistera sur le péril vénérien, sur ses conséquences immédiates et éloignées au point de vue individuel, familial et social.

On établira pour les hommes chaque fois que cela sera possible de ces cabinets de prophylaxie qui n'existent qu'à qu'à titre d'exception dans nos armées et que les hommes ne réclament pas à cause de leur ignorance.

Les syphilitiques doivent être suivis et traités pendant les périodes de repos. Malheureusement il n'a pas été possible de traiter à cause de leur grand nombre toutes les blennorrhagies chroniques ; il aurait fallu au moins un spécialiste par division, fonctionnant d'une façon intensive au repos.

On parlera de même de la tuberculose chaque fois que l'occasion s'en présentera, et c'est ainsi que les jeunes officiers et les hommes dont on aura peu à peu gagné la confiance parce qu'ils se seront aperçus qu'on les a traités non pas comme une collectivité composée de matricules mais comme des personnalités bien distinctes, viendront peu à peu entretenir leur médecin de leurs affaires de famille et lui demander des conseils au sujet de la santé des leurs.

La clientèle civile relevait également du médecin de bataillon à son cantonnement dans la zone des opérations et c'était la plupart du temps avec une grande satisfaction qu'il rendait service à ces pauvres gens le plus souvent intéressants à tous les points de vue.

Enfin l'instruction des hommes relative à la défense contre les gaz, aux précautions à prendre contre les gelures et les froidures des pieds a été longtemps du ressort des médecins de bataillon. La première de ces missions a été délicate à un moment où la question n'était pas au point, où le système de protection changeait à chaque instant, où les hommes ne croyaient pas à tout le danger de cette arme terrible.

On voit par ce qui précède qu'il ne restait pas

beaucoup de loisirs, même au repos, à celui qui prenant sa tâche à cœur était désireux de remplir absolument tout son devoir.

Certes, il y avait encore quelques moments pendant lesquels il aurait pu se retremper dans ses ouvrages classiques et des journaux médicaux, mais le médecin de bataillon comme les hommes avait besoin de repos.

Il fallait qu'il puisse lui aussi se promener au grand air la tête libre du casque et le ceinturon dépourvu du masque à gaz, sans angoisse, sans appréhension, tout à la joie d'être sorti encore une fois, sain et sauf de la fournaise, de se sentir revivre en un mot. Il aurait fallu surtout qu'il fût aidé, encouragé, soutenu dans son travail ; c'était une chose difficile quand le médecin comme tous les combattants qui l'entouraient n'avaient pas de but précis immédiat à atteindre et qu'en outre le lendemain lui apparaissait seulement comme une possibilité mais jamais comme une certitude.

CHAPITRE III

Le Service de santé du bataillon en guerre de mouvement

Nous voulons prendre pour type de notre description le fonctionnement du Service de santé de bataillon dans une offensive ou contre-offensive à objectif limité comme celle de Champagne en septembre 1915, comme celle surtout de la Marne en juillet 1918.

Il nous semble du reste que cette organisation puisse subsister en guerre de mouvement plus étendue puisque de deux chose l'une :

Ou bien le bataillon prend part à l'attaque et cette attaque portera sur un premier objectif. C'est le cas particulier sur lequel nous allons insister.

Ou bien le bataillon est en réserve ou au bivouac et alors tout se passera, peu confortablement il est vrai, comme au cantonnement.

Nous prenons en outre le cas le plus fréquent où la relève des blessés est possible de jour et immédiatement après l'action, les préparations d'artillerie qui précèdent chaque combat ayant obligé l'ennemi à se retirer sur une deuxième position.

Avant l'attaque, le médecin de bataillon en liaison étroite avec son chef de bataillon est mis au courant des dispositions générales de l'opération, il sait qu'à l'heure H telles compagnies auront telle tâche à accomplir sur tel secteur et vers telle direction ; telle unité sera de réserve. D'autre part son médecin-chef lui fait connaître ses dispositions de détail. Son poste de secours central de régiment sera installé dans telles conditions sur le passage ou non des blessés du B^{on} ; il y aura un relai ou un poste de G. B. D. à tel endroit.

Il devient alors aisé au médecin du bataillon de disposer son personnel.

Une équipe de quatre brancardiers sera détachée auprès du chef de bataillon ; le médecin garde avec lui trois équipes qui pourront instantanément se porter au secours des compagnies les plus éprouvées, plus une ou deux équipes de musiciens (brancardiers auxiliaires) dont le rôle sera plus spécialement d'assurer le relai du poste de secours de bataillon au poste de secours central ou au groupe de brancardiers divisionnaires.

Cette disposition des brancardiers n'est pas à l'abri de toute critique, mais le personnel du Service de santé du bataillon est trop restreint pour qu'on puisse laisser en permanence deux brancardiers à chaque compagnie où leur présence pourrait être cependant si utile au moment du combat.

Dans cette guerre de mouvement le poste de secours de bataillon devient donc une petite formation extrêmement mobile qui doit être apte à fonctionner

n'importe où et dans n'importe quelles conditions. Il s'ensuit que le matériel à emporter ne peut être qu'extrêmement restreint.

Les médecins aides-majors et auxiliaires pourront avoir à leur disposition une petite trousse d'urgence contenant le matériel hémostatique (pincés et bandes élastiques), le nécessaire d'hypodermie d'urgence (caféine, morphine), enfin quelques médicaments; sels anglais, teinture de menthe, éther, ipéca.

Le complément nécessaire se trouve dans le sac d'infirmier de bataillon, les trousses d'infirmier et les musettes de brancardiers. Enfin une réserve de différents pansements ainsi que d'attelles pourra se porter dans deux ou trois sacs, dits sacs à terre et d'un usage courant dans tous les secteurs.

On emportera par tous les moyens possibles, la plus grande quantité d'eau dans les bidons, le petit tonnelet ou la voiture médicale, les seaux en toile; un bidon par brancardier peut être rempli de café aux cuisines au moment du départ.

Il existe dans le matériel de bataillon une boîte d'éclairage à l'acétylène et en outre une ou plusieurs lampes à pétrole. Dans la guerre de position ces appareils rendent les plus grands services; en guerre de mouvement ils sont encombrants et fragiles. Les infirmiers seront donc munis d'une petite réserve de bougies et chaque brancardier devra également en emporter une ou deux dans sa musette.

Nous croyons pouvoir affirmer que la grande lanterne à acétylène pour rechercher des blessés n'a

jamais été employée pendant cette guerre à un tel usage et que son moindre essai de fonctionnement eut été fort désapprouvé des combattants et des brancardiers eux-mêmes par la crainte d'attirer sur eux l'attention de l'ennemi.

Si les circonstances obligeaient à faire de nuit la recherche des blessés, on se guiderait sur les renseignements donnés par les blessés légers, par les appels de ceux qui ne peuvent bouger. Des patrouilles de brancardiers iraient à la recherche des nids de blessés, enfin les chiens sanitaires pourraient rendre les plus grands services. L'éclairage sera fourni par des lampes électriques de poche à éclairage intermittent du modèle de celles qu'on a distribuées aux brancardiers dans la plupart des corps.

Sur les huit brancards dont peut disposer le Service de santé du bataillon, quatre seront portés par les brancardiers à raison de un par équipe de quatre. Il sera bon de laisser les autres à proximité du poste de secours central de façon à ne jamais manquer de brancards lorsque pour une raison ou pour une autre les évacuations sur l'arrière ne se feront pas assez rapidement. Deux musettes au moins sont nécessaires par équipe.

Pour les évacuations en secteur le médecin dispose encore à son bataillon de deux brouettes porte-brancards. Celles-ci peuvent rendre de grands services à condition qu'on se contente de les employer dans une portion du champ de bataille bien reconnue à l'avance.

Il est préférable dans le cas contraire de les laisser au poste de secours central à la disposition du médecin car il ne faut qu'à aucun moment une voiturette puisse, à cause des accidents du terrain, devenir une source d'ennuis ou de retard dans la marche ou le déploiement du poste de secours.

C'est dans ces conditions que se déplacera le Service de santé du bataillon au combat.

Le médecin auxiliaire peut marcher avec le caporal à la tête des brancardiers, ne perdant jamais la liaison avec la dernière compagnie du bataillon. Le médecin aide-major marche le dernier accompagné des infirmiers.

Le rôle le plus délicat, le plus ingrat et le plus pénible du médecin de bataillon va commencer avant le début de l'action.

Bien que la visite ait été passée avant le départ du cantonnement il reste toujours quelques maladroits, quelques trainards, quelques étonnés et quelquefois même aussi, il faut bien le dire, quelques lâches qui jusqu'au dernier moment emploient tous les moyens réguliers possibles pour ne pas monter à l'assaut.

Aucune visite sérieuse n'est possible et cependant il importe de faire un triage grossier et de renvoyer en arrière ou en ligne ces retardataires.

Ce sont des formalités indispensables qui prennent du temps et un temps d'autant plus précieux qu'il ne faut pas perdre la liaison avec le bataillon qui s'avance vers les lignes et qu'à tout moment il peut déjà y avoir des blessés. Cette liaison est assurée par le

cycliste qui se servira de sa machine suivant le terrain, mais le plus souvent aura tout intérêt à la laisser à l'arrière au train de combat du bataillon.

Quelquefois le médecin a pu prévoir ou même faire préparer à l'avance un poste de secours où il pourra s'installer en attendant le moment de l'assaut et donner ses soins aux premiers blessés. Ce sera par exemple un élément de tranchée, un petit abri inutilisé, un fossé, une cave intacte ; mais le plus souvent dans ce genre d'attaque les unités sont amenées à pied d'œuvre fort peu de temps avant le combat et il n'est guère possible de fixer à l'avance l'emplacement du premier poste de secours de bataillon, qui sera aussi le premier refuge de blessés, puisqu'il s'installera automatiquement dans la zone un peu moins exposée où se dirigeront instinctivement les premiers blessés.

Mais voici l'heure H. Après une préparation d'artillerie dense et courte, les compagnies d'assaut franchissent notre ligne de petits postes. Presqu'aussitôt, si l'ennemi résiste les premiers blessés légers arrivent au poste de secours. Pour retourner à l'arrière, ils prennent évidemment la route qu'ils avaient prise pour monter en ligne et c'est pourquoi il importe que le poste de secours de bataillon s'installe à proximité immédiate de cette route, en tenant compte autant que possible des dispositions relatives au terrain et à l'artillerie. La direction de son emplacement peut être marquée par des pancartes ou des fanions, visibles seulement de nos lignes ; car une formation si minime perdue au milieu des combattants ne

peut évidemment pas espérer qu'on respecte sa neutralité.

Le poste de secours se déploie rapidement. Les pansements ne peuvent être que sommaires à cause de la difficulté d'emporter un matériel antiseptique, ils consistent surtout dans l'emballage des plaies, l'arrêt des hémorragies, la pose de petits appareils d'immobilisation. Le blessé, gêné du reste dans un abri trop petit ou se sentant peu en sûreté s'il n'y a pas d'abri du tout, ne demande qu'à s'en aller au plus vite une fois son pansement fait.

Les fiches d'évacuation sont remplies par le caporal infirmier sous la dictée du médecin qui s'assurera qu'on en conserve une copie exacte. Il n'est pas fait aux blessés de sérum antitétanique; ces injections sont ordinairement opérées à l'ambulance de triage la plus rapprochée. Il ne faut pas en effet songer à manipuler sur le champ de bataille quand il n'y a pas urgence absolue, une seringue de 10 centimètres cubes, ni à transporter encore des douzaines de flacons fragiles. Tout au plus ces injections pourraient-elles être faites au poste central du régiment ou au premier relai du groupe de brancardiers divisionnaires pendant la guerre de mouvement.

Les premiers blessés renseignent peu exactement sur la marche des unités et leur avance; leur moral est en général excellent car leurs blessures sont légères et puis ils quittent pour un moment le champ de bataille; mais l'angoisse qui a précédé l'attaque, l'effort physique fourni pour traverser les

premières défenses ou réduire les premières résistances leur fait apparaître l'avance comme plus considérable qu'elle n'est en réalité.

On est renseigné exactement sur l'importance de celle-ci par les brancardiers laissés auprès du chef de bataillon et qui arrivent au poste de secours en y transportant le premier blessé couché.

A ce moment la distance de la première ligne des combattants au poste de secours est variable : fonction de la difficulté du combat et du nombre de blessés secourus pendant l'avance vers les lignes et au début de l'action. Elle ne doit pas être supérieure à 1 kilomètre 500 et il faut en outre que le poste de secours soit disposé de telle sorte qu'il soit au moins à l'abri des projectiles de l'infanterie ennemie (torpilles, minenwerfer et balles).

C'est également par ces brancardiers que l'on est renseigné approximativement sur les pertes des compagnies, ce qui permet de diriger immédiatement des équipes dans la direction de celles qui ont été les plus éprouvées.

Les circonstances sont comme on le voit extrêmement difficiles ; les médecins ne peuvent songer non seulement à faire un pansement aseptique mais encore un pansement propre, on se borne donc à faire pour le mieux.

Recherche rapide de la blessure principale et des autres blessures, allant au plus vite à grands coups de ciseaux dans les vêtements souillés de sang et de terre pour reconnaître rapidement le siège de l'hé-

morragie, application d'un pansement approprié à l'étendue des délabrements, de pinces ou bandes hémostatiques, garrots, tourniquets s'il y a lieu. Pose de petites attelles en treillis de fer, de bois ou de carton s'il y a fracture. Injection de caféine ou de morphine. C'est tout !...

La quantité d'eau et de café apportée par les brancardiers et infirmiers permet en général de désaltérer les blessés lorsque la nature de leur blessure le permet. C'est dans ces conditions avec ce maigre réconfort, souvent à peine couverts, non réchauffés, que l'on procédera à leur évacuation.

Les soldats savent à l'avance qu'ils ne recevront pas au poste de secours de bataillon autre chose que des soins hâtifs et incomplets ; ils savent que la misère de leurs camarades brancardiers infirmiers et médecins est aussi grande que la leur. Ils n'ignorent pas que dans certains secteurs il y a eu autant de blessés au voisinage du poste de secours qu'en ligne. Malgré tout, ils sont heureux de savoir que s'il leur arrive d'être blessés, ils trouveront tout près d'eux, quelques camarades, des médecins qui en peu de temps feront leur possible pour atténuer leurs souffrances et leur faire quitter dans le plus bref délai le lieu du combat.

Le médecin de bataillon est lui-même attaché à ses hommes avec lesquels il vit depuis longtemps et c'est parce qu'il se rend compte de l'importance morale de sa présence à proximité immédiate des lignes qu'il y restera.

La progression du bataillon va continuer, il faut que le poste de secours la suive et qu'à son départ du premier emplacement il n'y ait plus un blessé à évacuer.

Dans un deuxième déplacement le poste de secours de bataillon fonctionnera d'une façon identique au premier. Si le médecin est bien au courant du plan d'engagement, s'il a veillé à sa liaison, il est rare qu'il perde contact avec ce bataillon, ou même qu'il se décale légèrement par rapport à l'axe de marche de celui-ci.

Même si au hasard de la bataille cet axe se trouvait changé, même s'il y avait un recul, il en serait immédiatement prévenu, en préviendrait l'arrière et les évacuations continueraient à se faire normalement sans gros embouteillage.

Il arrive un moment où le bataillon tombant sur une résistance inattendue ou ayant atteint son objectif s'arrête. Dès lors il devient facile de réorganiser le service d'évacuation, de demander des renforts de personnel et d'indiquer des voies d'évacuation plus rapides par route et par voiturettes porte-brancards s'il y a lieu.

Telles sont les directives générales de l'installation d'un poste de secours de bataillon en guerre de mouvement offensive ou contre-offensive.

Jusqu'ici le bataillon a été jugé unité suffisamment importante pour qu'il puisse se déplacer avec un personnel sanitaire fonctionnant d'une façon à peu près autonome sur une échelle plus ou moins éten-

due suivant l'ampleur du mouvement ; la liaison constante avec le poste de secours central du régiment à l'arrière assurant la relève des brancardiers et le ravitaillement en pansements, en médicaments et en eau (s'il n'a pas été possible de placer le poste de secours de bataillon à proximité d'un point d'eau offrant toutes les garanties désirables).

Les médecins auxiliaire et aide-major ne se quittent plus, ils travaillent ensemble et se suppléent dans les circonstances du service. Pendant l'avance vers les lignes, le médecin auxiliaire dirige les brancardiers vers le poste de secours ou le premier refuge et remplace momentanément son aide-major si celui-ci se trouve arrêté par les trainards ou les malades. Il oriente et dispose son personnel ainsi qu'il a été dit plus haut en attendant l'heure H. Par la suite, son rôle est le même que celui de son aide-major, pansement et évacuation des blessés.

La tâche des médecins est, il faut le répéter extrêmement pénible ; non pas physiquement, ils sont peu chargés se déplacent lentement au moment choisi et fatiguent relativement peu. Ils sont infiniment moins exposés que leurs camarades les combattants de la première ligne. S'ils souffrent surtout c'est d'être obligés de sacrifier à l'urgence tous les principes élémentaires de petite chirurgie, d'asepsie d'antisepsie qui leur ont été inculqués dès le début de leurs études aux premières heures du stage hospitalier.

Nous avons éprouvé et nous avons retrouvé chez la plupart des jeunes médecins auxiliaires que nous

avons eu sous nos ordres cette même répugnance toute chirurgicale, toute professionnelle à toucher ce qui n'était pas propre : ce mélange de boue, de sang, de coton, de vêtements. Même en présence de l'hémorragie ce réflexe subsistait un moment au début.

Souvent aussi lorsque les évacuations traînaient, lorsque l'embouteillage du poste se produisait nous avons regretté de n'avoir autre chose que de l'eau et du café à offrir à nos grands blessés shockés épuisés par l'hémorragie.

A quoi bon relever par la caféine et l'huile camphrée un cœur de blessé si ce cœur est sur le point de battre à vide. Nous avons essayé de transporter des ampoules de sérum physiologique que l'on réchauffait au moment de l'injection à la flamme d'alcool solidifié. Nous n'avons jamais pu nous en servir, les conditions n'étant réellement pas favorables, le liquide passait lentement ou ne passait pas du tout, l'asepsie était impossible.

Nous n'insisterons pas sur le traitement des blessés par gaz en guerre de mouvement.

Nous avons reçu des instructions parfaites qu'il ne reste qu'à appliquer. Il n'est jamais impossible de pratiquer la saignée et d'évacuer sur brancard quand il s'agit d'un suffoqué. Les blessés atteints par gaz vésicants sont envoyés dans des centres spéciaux de l'avant où ils sont lavés, changés et récupérés en peu de temps.

Dans cette guerre de mouvement sans abri, dans

les champs et dans les bois, les gaz constituent un danger infiniment moins sérieux que dans les tranchées et les abris couverts de la guerre de position.

Dans tous les cas on ne peut emporter ni siphon ni ballon d'oxygène. L'éther et l'ipéca comme médicaments, la saignée comme intervention rendront les plus grands services. Aucun traitement au poste de secours du bataillon n'est possible pour les vésiqués en guerre de mouvement.

L'assainissement du champ de bataille ne peut être fait que très imparfaitement par le service de santé du bataillon, à moins que celui-ci ne reste en position plusieurs jours. Dans ce cas les morts sont relevés le plus tôt possible après les blessés et suivant les ordres : soit enterrés sur place, soit évacués sur l'arrière pour l'inhumation. Ce service concerne du reste plus particulièrement les brancardiers divisionnaires aussitôt après l'action. Dans le cas d'une avance considérable ce sont des unités spéciales de territoriale qui sont chargées d'assurer l'assainissement du champ de bataille proprement dit.

Dès que le bataillon est en position, si le commandement supérieur a l'intention d'organiser cette position en secteur défensif : des tranchées se creusent, des abris se construisent des postes de secours véritables s'organisent, il est dès lors possible de jouir d'un certain confort et c'est ce que nous allons étudier dans le « service de santé du bataillon pendant la guerre de position ».

CHAPITRE IV

Le Service de santé du bataillon en guerre de position ou de tranchées.

Nous allons étudier ici le fonctionnement du Service de santé du bataillon dans un secteur calme, bien organisé. L'arrêt momentané des opérations a permis d'y construire des abris solides à l'épreuve des projectiles moyens d'artillerie et d'y creuser des tranchées dans lesquelles on peut circuler de jour et de nuit des premières lignes jusqu'au poste de secours et ses relais d'évacuation. La disposition du terrain nécessite une organisation défensive contre les gaz, néanmoins l'arrière est calme, peu bombardé et les premières maisons habitées se trouvent à huit kilomètres des lignes. Le front du bataillon s'étend sur une longueur de sept à huit cents mètres, les compagnies sont échelonnées en profondeur, le poste de secours lui-même est à cinq ou huit cents mètres de la première ligne non loin du poste de commandement du bataillon.

Le poste de secours est constitué par une série d'abris réunis ou non entre eux et permettant de

loger en toute sécurité tout le personnel et une vingtaine de malades ou de blessés. Il faut en effet prévoir le cas d'une attaque localisée de l'ennemi, d'un « coup de main » ne portant que sur les premières lignes mais avec tir d'encagement explosif et toxique à l'arrière, rendant pendant un certain temps toute évacuation impossible. Il est donc indispensable d'avoir quelques abris libres pour éviter l'encombrement du poste de secours.

Le poste de secours proprement dit est constitué par un abri dans lequel on peut faire entrer un ou plusieurs brancards et où il est possible d'examiner et de traiter les malades ou les blessés par projectiles et par gaz que ces malades ou blessés soient assis ou couchés. Cet abri peut être pourvu d'un matériel assez important de médicaments, de pansements et de matériel anti-gaz, il doit être étanche et pourvu de rideaux pouvant obstruer les entrées et neutraliser les gaz toxiques. Il peut être chauffé, on peut y préparer du thé et des boissons chaudes. Dans ces conditions il est facile de disposer de la meilleure partie du matériel lourd contenu dans la voiture médicale du bataillon et d'en doter le poste de secours surtout en ce qui concerne l'éclairage qui pourra y être installé d'une façon parfaite.

Cette question capitale de l'éclairage a été réalisée de la façon la plus heureuse dans certains secteurs où des groupes électrogènes ont été montés dans les abris, dans certains autres où l'électricité était apportée d'une source lointaine. Dans un ancien

poste de secours ennemi, il nous a même été donné de bénéficier d'une installation d'outre-Rhin consistant en une dynamo actionnée par un tandem. Nos brancardiers avaient malheureusement mieux à faire que de transformer leur énergie en énergie électrique.

En réalité, on aurait pu dans ces secteurs laisser un matériel fixe au poste de secours, matériel qui aurait été recomplété au fur et à mesure de son usage par celui du bataillon en ligne. Cette mesure ne s'est malheureusement pas généralisée, elle n'a existé que dans fort peu de secteurs, exception faite toutefois pour le matériel anti-gaz collectif qui était presque partout un matériel de secteur.

Dans ces secteurs la répartition des brancardiers peut se faire à raison de deux brancardiers par compagnie, les autres restent au poste de secours. Si une compagnie (étant donnée la disposition du terrain ou des ouvrages défensifs) se trouve un peu éloignée on lui donnera ses quatre brancardiers et son infirmier. Ceux-ci s'installent dans un poste de secours de compagnie à proximité du commandant de compagnie.

Enfin dans certains secteurs, il peut arriver que le bataillon soit scindé en deux groupes, auquel cas le médecin auxiliaire assure le service avec six brancardiers et deux infirmiers par exemple dans un groupe, le reste du personnel étant avec le médecin aide-major dans l'autre groupe ; celui qui se trouve le plus rapproché de la voie d'évacuation normale.

Cette évacuation se fait sur des relais fixes de brancardiers divisionnaires ou suivant les cas sur un poste de secours central de régiment établi à quelques centaines de mètres en arrière.

Le médecin de bataillon s'occupe uniquement de ses malades, de ses blessés, des évacuations et enfin de l'entretien du matériel sanitaire et anti-gaz contenu dans le poste de secours.

Nous avons dit que le matériel sanitaire était prélevé dans la voiture médicale du bataillon au gré du médecin.

Le matériel anti-gaz, matériel fixe de secteur comprend : un matériel de production individuelle et un matériel de production collective.

Le premier est constitué par une certaine réserve de masques individuels ordinaires modèle M¹ et parfois A. R. S. quelques grands et petits appareils filtrants Tissot, des appareils respiratoires à oxygène type Drœger, le tout complété par des siphons d'oxygène de rechange et un siphon d'une capacité de cinq cents litres destiné à remplir des ballons caoutchoutés pour les suffoqués graves, enfin une réserve de médicaments usuels pour gazés : ipéca, éther, huile camphrée, chlorhydrate d'émétine, caféine et encore du sérum bicarbonaté pour les intoxiqués par l'Ypérite.

Le deuxième est constitué par des réserves de toile pour rideaux, par des appareils pulvérisateurs de liquide neutralisants (genre Vermorel), par des récipients contenant ces solutions et par une certaine

quantité de neutralisants divers : hyposulfite de soude carbonate de soude, hypochlorite de chaux.

Il existe parfois des appareils de prélèvement de gaz : ampoules vides d'air, appareils aspirateurs.

Rarement le poste de secours est pourvu d'une sape filtrante.

Primitivement le médecin de bataillon était personnellement chargé de la surveillance et de l'entretien du matériel anti-gaz dans le secteur ; cette tâche a été réservée par la suite à un officier gazier par régiment aidé de sous-officiers gaziers dans les bataillons, le médecin restant conseiller technique parfois écouté.

Les blessés sont peu nombreux dans les secteurs calmes ; si le bataillon est chargé d'exécuter des travaux et si le mauvais temps s'en mêle, il y a des malades. La visite se passe alors dans les mêmes conditions qu'au cantonnement. Le poste de secours est assez vaste pour qu'on puisse y conserver les hommes en traitement ou en observation mais ordinairement il existe au poste de secours central une installation suffisante, parfois même une infirmerie de secteur où il est possible de traiter les malades récupérables en huit ou dix jours.

Si une attaque ennemie localisée se produit sur un tel secteur et que le nombre des blessés est important, les musiciens (brancardiers auxiliaires) sont immédiatement mis à contribution et la relève des blessés se fait assez rapidement, exception faite tou-

tefois pour ceux qui sont restés en dehors des tranchées et qui ne peuvent être le plus souvent relevés que la nuit.

Lorsqu'au contraire le commandement y décide une action offensive tout se passe à peu près comme dans la guerre de mouvement avec objectif limité.

Il est dès lors possible de prévoir à l'avance un poste de secours de bataillon dans les premières lignes françaises et si l'unité doit progresser encore on recherchera dans les ouvrages ennemis un abri qui servira de poste de secours. Il est prudent cependant de ne point trop se hâter et d'attendre la contre-attaque ennemie avant de se déplacer avec son matériel.

Les difficultés d'évacuation et de traitement sont énormes. Le terrain a été bouleversé par de longues préparations d'artillerie. L'artillerie ennemie a de son côté bouleversé nos lignes, pour peu que la pluie se mette à tomber, boyaux de communication et tranchées deviennent impraticables et il faut aux brancardiers une résistance physique et une force de caractère énormes pour mener à bien leur tâche si pénible.

Nous dirons peu de chose sur le poste de secours en guerre de position dans ces secteurs conquis et reconquis comme ceux de Verdun par exemple.

On essaie autant que possible de conserver l'organisation de la guerre de mouvement et nous insistons surtout sur le chargement réduit du personnel.

On tâche de ne pas perdre sa liaison avec le bataillon. Aucune règle absolue ne peut être observée. Ce sont les moments les plus durs de la guerre. On fait pour le mieux et on s'installe comme on peut.

Dans ces cas-là il faudrait au moins le double de brancardiers pour évacuer un blessé dans de médiocres conditions.

Le terrain est bouleversé, il n'existe que de vagues pistes entre les trous d'obus, les voitures ne peuvent arriver que très loin en arrière d'un front qui varie à chaque instant. Les évacuations se font lentement, péniblement à certaines heures du point du jour et de la tombée de la nuit, quand cesse pour un moment le tir harcelant de l'artillerie ennemie. Peu de grands blessés résistent aux fatigues de ce douloureux voyage vers l'arrière.

Ce sont à notre avis les secteurs les plus durs, ceux dans lesquels on observe les plus grandes misères ; le rôle du médecin y est infiniment plus pénible que dans la guerre de mouvement proprement dite.

C'est encore là qu'il faudrait au médecin quelques travailleurs, quelques pionniers capables de construire rapidement des abris ou de transformer et d'aménager les débris de ceux qui ont existé. Les blessés y gagneraient peut-être de meilleurs soins et l'évacuation se ferait dans de meilleures conditions. Les brancardiers n'ont pas reçu une instruction dans ce sens mais à certains corps plus favorisés on a donné des équipes sanitaires dont les éléments

étaient à même de construire et d'aménager les abris (1).

En secteur calme, le travail du médecin de bataillon est peu absorbant ; il cherche les améliorations à apporter au poste de secours et veille à l'entretien du matériel qui lui est confié.

Néanmoins le service d'hygiène, de désinfection, des inhumations reste sous sa responsabilité en ce qui concerne son secteur.

Son travail sera d'autant plus facilité qu'il aura mieux veillé à l'instruction de ses sous-ordres et qu'il aura un caporal brancardier plus apte à diriger ces travaux.

Dans les secteurs calmes il est toujours possible de trouver des emplacements suffisants pour y établir des postes de secours à peu près parfaits, pour peu surtout que le commandement veuille bien s'y prêter. Ceux-ci ont été décrits plusieurs fois et nous y trouvons toujours des salles de pansements, des services d'injection non seulement de sérum antitannique, mais aussi de sérum physiologique ; des tisanneries, des salles d'attente. On peut tout faire lorsque le terrain et l'ennemi s'y prêtent et qu'on a des hommes à sa disposition. Ailleurs, quoiqu'on en ait dit, il n'est guère possible de faire beaucoup

1. Cette mesure n'a pas été généralisée, les brancardiers pouvaient difficilement s'encombrer du matériel de terrassement nécessaire et le médecin de bataillon qui s'improvisait chef de travaux, travaillait avec son personnel ayant pour guide unique son bon sens et sa maigre expérience.

mieux que d'emballer des blessures et d'évacuer des blessés le plus rapidement possible. Avec beaucoup de nos camarades nous avons toujours pensé que notre devoir était là.

CHAPITRE V

Le Service de santé des autres armes combattantes.

Nous avons traité du Service de santé du bataillon d'infanterie et nous ne voulons pas répéter ce que nous avons dit à ce sujet pour les autres armes combattant à pied (chasseurs, tirailleurs, cavaliers démontés... etc.). Le rôle et le sort des médecins des brancardiers et des infirmiers sont à tout point de vue les mêmes que dans les bataillons d'infanterie. Nous allons étudier rapidement quel a été le rôle des autres médecins de corps de troupe en particulier dans la guerre de position.

Dans l'artillerie légère ou artillerie de campagne le médecin est seul avec un groupe de trois batteries desservies chacune par un infirmier et quatre brancardiers, trop souvent employés à d'autres besognes. L'éloignement des batteries les unes des autres oblige parfois le médecin à se déplacer et à faire les pansements sous le premier abri venu avec le matériel dont disposent les brancardiers et l'infirmier des batteries (le même que celui des bataillons d'infanterie). Les évacuations se font plus facilement en

général que dans l'infanterie puisque l'accès des voitures est plus aisé de l'arrière vers les positions des batteries.

Enfin le médecin d'artillerie de campagne est peu exposé aux coups de main ennemis et risque moins d'être fait prisonnier. Il faut dire par contre qu'il ne bénéficie d'aucune relève pendant le séjour de sa division en ligne.

Dans l'artillerie de tranchée et dans l'artillerie d'assaut le médecin peut partager au moment d'une action les risques du médecin de bataillon, mais de longues périodes de repos lui permettent de se retremper plus facilement dans un milieu médical ou de travailler dans le calme des villages de l'arrière.

Dans l'artillerie lourde les conditions d'évacuation des blessés sont encore meilleures. Le Service de santé peut se déployer dans de bonnes conditions de confort.

Dans l'aéronautique enfin l'infirmier du camp peut être parfaitement montée et le médecin a dès lors à sa disposition toutes sortes de moyens pour faire de la vraie et utile médecine.

Dans les compagnies de génie le médecin a suivi longtemps le sort des médecins de bataillon qui furent souvent ses camarades de misère dans les lignes des secteurs mouvementés, au moment des actions très limitées et où les sapeurs précédaient les vagues d'assaut, coupant les fils de fer avec des cisailles ou les faisant sauter avec des pétards.

Dans la cavalerie proprement dite et en guerre

de mouvement étendu, le médecin se trouve bien rarement en contact avec son groupe de deux escadrons. Ceux-ci détachent des patrouilles en avant de l'infanterie à de grandes distances et il s'ensuit que le médecin soigne rarement ses propres blessés. Ce soin incombe aux médecins d'infanterie qui se trouvent alors beaucoup plus rapprochés des cavaliers. Son rôle au cantonnement est le même que celui des autres médecins de corps de troupe. En campagne, si nous en croyons les différents carnets de route que nous avons eus entre les mains, ce rôle se trouve très limité.

Dans les régiments d'ouvriers et de travailleurs territoriaux le médecin suit son unité ; son rôle est délicat au milieu de tous ces hommes âgés auxquels il a été demandé souvent des efforts considérables dans des secteurs difficiles.

Dans les groupes de brancardiers divisionnaires le sort des médecins aides-majors et auxiliaires, des pharmaciens auxiliaires et des brancardiers est souvent lié à celui du Service de santé des armes combattantes. Placés à peu près à la hauteur des batteries d'artillerie, quelquefois plus en avant, ils jouissent bien rarement d'un plus grand confort que leurs camarades des bataillons ou des groupes de campagne.

Mais l'inconfort matériel, n'atteint pas en général les médecins de corps de troupe et s'ils souffrent surtout c'est du sacrifice qu'ils doivent faire au point de vue professionnel. Leur rôle ingrat leur donne

bien peu de satisfactions et leur instruction ou même simplement l'entretien de leurs connaissances professionnelles peut difficilement se faire en campagne.

Ce n'est ni dans la bataille où le temps et les moyens intellectuels leur manquent, ni pendant les courts repos où ils ont peu de documents, peu d'aide, peu de direction que les médecins de bataillon en particulier peuvent se retremper, à moins d'une force de caractère peu commune, dans leurs livres difficiles à transporter ou dans des revues dont certains termes finissent par leur échapper.

Un poste de secours, une infirmerie de bataillon ne ressemblent en rien à un cabinet d'examen de malade si modeste soit-il.

Il faut un repos au médecin de bataillon, au médecin de régiment, repos moral surtout, car celui qui a fait une année d'infanterie a déjà donné des preuves de sa robusticité. Repos de trois mois par exemple pendant lequel l'étudiant et le jeune praticien se retrouvent dans des Facultés ou dans des centres de traitement ou d'enseignement en contact avec leurs maîtres ou avec ceux qui plus heureux qu'eux ont pu profiter de la guerre intellectuellement. Qu'ils se replongent ainsi dans un milieu de chaude sympathie où ils ne sont pas considérés comme des gêneurs, mais comme des médecins désirant seulement rester médecins, profiter des progrès de la science médicale et réapprendre ce que l'éloignement de la Faculté et les émotions fortes leur ont fait oublier.

Si cela devient nécessaire par la suite, car ils savent parfaitement que ni leurs titres, ni leur ancienneté, ni leur âge ne leur permettent d'accomplir une tâche plus difficile, ils reprendront leur tâche auprès de leur chef de bataillon, dans un gourbi étroit, dans une sapé profonde ou au coin d'une haie dans un fossé, ne demandant qu'à continuer l'accomplissement de leur devoir.

Cette situation pénible a du reste été reconnue après la première année de campagne. Une majorité d'anciens praticiens a pu bénéficier d'une relève de trois mois à l'intérieur pendant laquelle il leur a été possible de faire un peu de vraie médecine et de vraie chirurgie. Les jeunes étudiants infirmiers aux armées ont été rappelés dans certaines Facultés où ils ont suivi des cours desquels ils sont sortis médecins auxiliaires.

Les anciens médecins auxiliaires devenus aides-majors ont pu bénéficier en très petite quantité de cours d'armée créés en arrière du front. Ils en sont revenus hâtivement rappelés par les mouvements de leurs unités et un peu déçus de l'enseignement trop particulier qu'ils avaient trouvé dans certains centres. Toutes ces choses qu'on leur avait décrites et qui les auraient fort intéressés en pleine scolarité pendant leur troisième ou quatrième année d'études, n'étaient plus en rapport avec leurs besoins courants en vue des cas qui les embarrassaient tous les jours.

On a organisé enfin des relèves à l'intérieur des

divisions et les médecins les plus favorisés auraient bien été ceux qui auraient bénéficié d'un stage plus ou moins long dans les ambulances. Mais ces relèves ont d'abord été organisées très tard (fin 1917) ; les ambulances ont été ensuite ramenées de deux à une par division (une seule ambulance médicale, mai 1918) ; enfin ces ambulances divisionnaires quand elles ont fonctionné ont plutôt fait du triage que de l'hospitalisation et si l'on y a vu beaucoup de malades, si l'on y a assisté à quelques laparotomies, quelques trépanations, quelques amputations dans les secteurs calmes, il a rarement été possible d'y suivre des malades et des blessés.

Du jour où cette relève a fonctionné les médecins d'ambulance ont du reste été détachés à tout moment dans les régiments (peut-être à cause de la pénurie des médecins valides), et leur situation devenait de ce fait beaucoup plus difficile que celle du camarade remplacé momentanément, puisqu'ils n'y connaissent ni le personnel, ni les hommes de l'unité.

Faut-il encore ajouter que certaines circulaires visant les étudiants en médecine et les favorisant au point de vue de leurs études ne leur ont pas toujours été communiquées et que lorsqu'il s'agissait de les faire appliquer on s'est quelquefois heurté à une mauvaise volonté que nous n'avons jamais pu expliquer puisqu'il s'agissait d'une mesure visant l'intérêt du soldat.

C'est ainsi que malgré le roulement, malgré la relève, certains médecins se sont vus consacrés par

l'usage « spécialistes de l'infanterie », tandis que d'autres plus favorisés parce que peut-être moins résistants pouvaient dans d'excellentes conditions se perfectionner dans la chirurgie, la radiographie ou la physiothérapie. Les mêmes médecins ont donc assuré le même service dans les régiments après un stage aux ambulances plus ou moins long, plus ou moins haché par des remplacements de toute sorte.

Pour ne parler que des régiments d'infanterie, il faut reconnaître que dans certains d'entre eux on s'est efforcé d'adoucir la tâche des médecins en fusionnant les postes de secours de bataillon dans un poste de secours de régiment unique plus confortable et mieux aménagé. Blessés et médecins ont tout eu à y gagner. Malheureusement cette mesure n'a pu être généralisée.

En juin 1918, on tendait également à diminuer (peut-être transitoirement en raison des pertes du Service de santé) le nombre des médecins d'infanterie. Un seul médecin par bataillon assurait les soins urgents et la police des évacuations, les pansements étant faits à un poste de secours central un peu plus confortable. Nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que cette disposition soit applicable dans toutes les circonstances mais elle a donné au moment des grandes offensives d'assez bons résultats.

Dans ces conditions on pourrait comprendre un Service de santé d'infanterie réduit à un médecin de bataillon, à un médecin-chef, à un médecin-adjoint

et un pharmacien par régiment, ces derniers occupant un poste de secours central ayant vraiment du poste de secours autre chose que le nom.

Si l'on objecte à cette diminution du personnel, la difficulté qui en surviendrait pour assurer le service auprès des unités détachées dans un cantonnement de repos, on peut répondre que si l'on remplaçait par un modeste side-car, un seul des chevaux affectés aux médecins, le service y gagnerait en rapidité et les malades n'y perdraient rien du tout.

Certains médecins divisionnaires se sont aussi montrés hostiles à la présence des jeunes aides-majors dans les bataillons à cause du rôle prépondérant que doit remplir le médecin dans les unités au repos. Si les déplacements sont ainsi facilités et deviennent rapides, le médecin-chef ou son adjoint peuvent de temps en temps parer aux inconvénients de la jeunesse et du manque d'expérience des aides-majors encore étudiants.

Dans un secteur organisé le poste central n'est pas éloigné en général de celui du bataillon et pour un cas douteux les jeunes médecins ont toujours su avoir recours aux conseils de leurs anciens.

Cette réduction du personnel permet dès lors un roulement efficace entre les différentes unités d'une division. Mais dans le Service de santé d'une armée ce roulement peut s'étendre aux éléments non endivisionnés et c'est ainsi que les risques de la guerre deviennent non seulement plus équitablement répartis, mais qu'un plus grand nombre de médecins peut

bénéficier de stages dans les centres de traitement ou d'enseignement, pour le plus grand bien de l'intérêt général.

Cette disposition qui aurait été réalisable dans une guerre de longue durée comme celle qui vient de s'écouler pourrait également trouver son application en ce qui concerne l'instruction et le roulement des médecins auxiliaires et des étudiants en médecine pendant la durée du service militaire en temps de paix.

Si celui-ci se maintient à trois ans il menacera en effet fortement l'avenir de ceux de nos camarades qui auront l'honneur d'être reconnus aptes au service armé.

Une visite médicale régimentaire est rapide, l'étudiant qui la suit avec attention n'y perd pas tout à fait son temps car il y voit des hommes sains, il y observe des affections bénignes, des débuts d'affections graves, des simulateurs, toutes choses qui étaient pour lui des raretés pendant ses stages hospitaliers. Souvent, il est employé aux pansements, aux massages, aux exercices extérieurs de tirs et de marches, à des travaux d'écritures. Plus tard le médecin auxiliaire risque d'être détaché dans les forts et c'est alors l'isolement complet, peut-être plus pénible que la vie de campagne.

La bienveillante mesure prise en décembre 1918 en faveur des étudiants en médecine ayant un long séjour sous les drapeaux ou dans l'infanterie et les G. B. D. et qui les a rappelés dans leurs Facultés

pour une durée de six mois devrait pouvoir retrouver une application restreinte, pendant la durée du service militaire en temps de paix.

Dix mois de service après le P. C. N. étaient un bien léger tribut à payer en comparaison de celui de vingt-trois mois qui nous a été demandé par la loi de 1905, à celui [de trente-cinq mois imposé à ceux qui nous ont suivis en 1913.

A la mobilisation beaucoup de médecins n'ayant jamais fait de service militaire ont acquis rapidement l'entraînement indispensable à la vie de soldat, ils ont rempli merveilleusement leur devoir. Il ne semble donc pas qu'un stage de plusieurs semaines par année à la Faculté puisse nuire à la valeur et à la discipline militaire de ceux qui devront faire, peut-être encore, comme tous les Français, trois années de service, pour conserver à la France la place glorieuse qu'elle s'est une fois de plus donnée dans le monde en triomphant des dures épreuves qu'elle vient de traverser.

CONCLUSIONS

A. — Pendant la guerre 1914-1918 le rôle du médecin de bataillon d'infanterie a été variable :

1° Au début : Rôle d'organisateur, car le fonctionnement du Service de santé n'avait pas été prévu pour un mouvement de repli aussi étendu ni pour une guerre de position.

2° Pendant la guerre de position en secteur calme : Rôle médical de premier ordre pouvant s'exercer en cas de besoin dans de bonnes conditions.

3° Pendant la guerre de mouvement et en secteur agité : Rôle médical de deuxième ordre réduit à celui d'un bon infirmier, rôle purement moral et police des évacuations.

4° Au cantonnement de repos : rôle médical et social de premier ordre devant s'exercer dans toutes les circonstances.

B. — Dans les armées en campagne l'instruction professionnelle des médecins des régiments et des bataillons en particulier souffre. L'entretien de leurs connaissances médicales y est presque impossible.

Pendant la guerre 1914-1918 les mesures proposées pour y remédier n'ont pas donné les résultats qu'on attendait d'elles :

Parce que certains d'entre elles (roulement et relève des médecins) n'ont pas été suffisamment développées dans leur application à cause de l'effectif assez important des médecins d'infanterie.

Parce que certaines autres (cours d'armée et de spécialités) n'ont pu être mises entièrement à exécution à cause des événements militaires.

Le séjour de ces médecins dans les centres de traitement ou dans les Falcutés tel qu'il a été prévu pour les étudiants en décembre 1918 est de toutes les mesures mises à exécution celle qui doit donner les meilleurs résultats. Il est à souhaiter qu'une disposition analogue puisse être prise en faveur des étudiants en médecine, pendant la durée du service militaire en temps de paix.

Vu : le Président de la thèse,

HUTINEL

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Achard* — Thérapeutique de l'intoxication par les gaz.
- Barabeau*. — Un poste de secours en première ligne. Thèses Paris, 1918.
- Bazile*. — Hygiène des armées en campagne, Camp de Juniac. Thèses Paris, 1916-1917, n° 18.
- Bonnet*. — Le service des brancardiers (Presse médicale, 12 août 1914).
- Chaffaut* (A.). — Le médecin de bataillon. Thèses Paris, 1917-1918.
- Circulaires relatives à la défense contre les gaz. 2^e, 4^e, 7^e et 8^e armées, 1915-1918).
- Figowski*. — Souvenirs du service sanitaire de la campagne 1914-1915. Thèses Paris 1914-1915, n° 58.
- Fontaine*. — Hygiène et aménagement du cantonnement dans un village situé en première ligne. Thèses Paris, 1915-1916, n° 61.
- Forest (Michel)*. — Rôle du médecin à la tranchée. Thèses Paris, 1915-1916.
- Ganjard*. — Quelques considérations sur le poste de secours de bataillon (Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, tome LIXIX, n° 4, avril 1918).
- Gibout*. — Fonctionnement d'un poste chirurgical de l'extrême-avant. Thèses Paris, 1917, n° 18.
- Lemonnier*. — Rôle de l'aide-major de bataillon dans un régiment d'infanterie. Thèses Paris, 1915-1916, n° 70.
- Madelaine*. — Rôles du médecin auxiliaire en campagne. Thèses Paris, 1916-1917.

Michaud. — Contribution à l'étude de l'hygiène des armées en campagne. Thèses Paris, 1917-1918, n° 11.

Mistarlet (Jean). — Service de santé régimentaire. Thèses Paris, 1914-1915, n° 127.

— Nomenclature du matériel anti-gaz des postes de secours, 8^e année, 1917.

— Nomenclature du matériel du service de santé régimentaire

Polony. — Hygiène en campagne. Thèses Paris 1915-1916, n° 93.

— Règlement du service de santé en campagne (Bulletin officiel 1892, n° 57).

Robinot. — Service de santé dans un régiment d'infanterie. Thèses Paris, 1914-1915, n° 55.

Troussaint. — La direction du Service de santé en campagne 1916.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	7
PRÉLIMINAIRES.....	11
CHAPITRE PREMIER. — Le Service de santé du bataillon d'infanterie.....	16
CHAPITRE II. — Le Service de santé du bataillon pendant la marche et au cantonnement de repos..	22
CHAPITRE III. — Le Service de santé du bataillon en guerre de mouvement.....	35
CHAPITRE IV. — Le Service de santé du bataillon en guerre de position ou de tranchées.....	48
CHAPITRE V. — Le Service de santé des autres armes combattantes.....	57
CONCLUSIONS.....	67
BIBLIOGRAPHIE.....	69

137

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

